

**ATTN PERSONNEL: FOR TRANSLATION/INSTRUCTION PURPOSES ONLY**  
**NOT TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE**

AVISO: USTED DEBE LLENAR FORMULARIO EN INGELES-ESTA TRADUCION ES SOLO UAN AYUDA PARA LLENAR DICHO FORMULARIO

Form **8850**  
(Rev. January 2012)  
Department of the Treasury  
Internal Revenue Services

**Pre-Screening Notice and Certification Request for  
the Work Opportunity Credit**

OMB No. 1545-1500

**Solicitante de Trabajo: Llena los siguientes blancos y marca con una (X) los encasillados que apliquen. Llena sólo este lado.**

Your name: \_\_\_\_\_ Su Nombre \_\_\_\_\_ Social Security Number: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

Street Address where you live: \_\_\_\_\_ Dirección de la Calle Donde Usted Vive \_\_\_\_\_

City or town, state, and Zip Code: \_\_\_\_\_ Pueblo/Ciudad y Código Postal \_\_\_\_\_

Telephone no.: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de su Teléfono \_\_\_\_\_

Si Usted Tiene Menos de 40 Años Escriba Su Fecha de Nacimiento Aquí (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Work Opportunity Tax Credit**

1. Marque aquí si Usted recibió Certificación Condicional de la agencia de empleo estatal o de una agencia local para participar en el Programa WOTC.
2. Marque aquí si una de las siguientes situaciones aplican a Usted.
  - Soy miembro de una familia que recibió "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) o beneficios de un programa sucesor durante cualquier periodo de 9 meses en los últimos 18 meses.
  - Soy veterano militar y miembro de una familia que recibió Cupones de Alimentos por lo menos durante un periodo de 3-meses dentro de los últimos 15 meses.
  - Fui referido aquí por una Agencia de Rehabilitación Vocacional, la Administración de Asuntos de Veteranos o por lo oficina "Employment Networks."
  - Tengo por lo menos 18 años y no más de 39 años y soy miembro de una familia que:
    - a. recibió Cupones de Alimentos durante los últimos 6 meses, o
    - b. recibió Cupones de Alimentos por lo menos durante 3 de los últimos 5 meses, PERO ya NO soy elegible.
  - Durante el último año, fui condenado por un delito grave o liberado de prisión por un delito grave.
  - Recibí beneficios de "Ingreso por Seguro Suplemental" (SSI) durante cualquier mes en los últimos 60 días.
  - Soy veterano y estaba desempleado por un periodo o periodos que suman un total de por lo menos 4 semanas pero menos de 6 meses durante el año pasado.
3. Marque aquí si usted es un veterano y estuvo desempleado por un periodo o periodos que suman un total de por lo menos 6 meses durante el año pasado.
4. Marque aquí si usted es un veterano con derechos a compensación por incapacidad de servicio-conectado y fueron despedidos o liberado del servicio activo en las fuerzas armadas de los Estados Unidos durante el año pasado.
5. Marque aquí si eres un veterano con derecho a compensación por incapacidad servicio-conectado y estuvo desempleado por un período o períodos que suman un total de por lo menos 6 meses durante el año pasado.
6. Marque aquí si Usted es un miembro de una familia que:
  - recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) por los menos durante los últimos 18 meses consecutivos,
  - recibió beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) durante cualquier periodo de 18 meses comenzando después del 5 de agosto de 1997, y el periodo mas reciente de 18 meses de beneficios recibidos después del 5 de
  - Dejó de ser elegible para recibir beneficios de "Ayuda Provisional a Familias Necesitadas" (TANF) en los últimos 2 años porque una ley Federal o estatal limitó el periodo máximo para Ud. recibir dichos beneficios.

**Todos los Solicitantes Tienen Que Firmar**

Bajo penalidad de perjurio, declaro que ofrecí esta información al patrono en o antes del día en que se me ofreció empleo, y es verdadera, correcta y completa.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATTN PERSONNEL: FOR TRANSLATION/INSTRUCTION PURPOSES ONLY NOT TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE**  
AVISO: USTED DEBE LLENAR FORMULARIO EN INGELES-ESTA TRADUCION ES SOLO UAN AYUDA PARA LLENAR DICHO FORMULARIO

**Para Uso del Patrono Solamente**

Nombre del Patrono \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_ EIN \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_  
Nombre del Representante Si Distinto al del Patrono \_\_\_\_\_ No. de Teléfono \_(\_\_\_\_)\_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Pueblo/Ciudad, Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

Si de acuerdo a la edad y dirección del individuo, Ud. cree que este individuo es miembro del grupo 4 o 6 (según se describe en la sección de definiciones bajo "Members of Targeted Groups" (Miembros de los Grupos) en las instrucciones en Inglés para llenar esta forma) llene el blanco con el número que corresponda al grupo a que pertenece este individuo .....▶ \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL SOLICITANTE: Fue Entrevistado: \_\_\_\_\_ Se le Ofreció Trabajo: \_\_\_\_\_ Se Contrató: \_\_\_\_\_ Comenzó a Trabajar \_\_\_\_\_

Conteste solamente si marco con una X  
El encasillado 1 en la pagina 1.

Estado (Pueblo y Ciudad) \_\_\_\_\_  
Condado o Parroquia de su trabajo \_\_\_\_\_

marque con una X si el individuo no era su empleado Para el 28 de agosto del 2005 y esta el primera vez Que trabaja para Ud., desde el 28 de agosto del 2005.

Bajo penalidad de perjurio, declaro que llené esta forma en o antes del día en que le ofrecí empleo a este individuo y que la información aquí suministrada es verdadera, correcta, y completa. De acuerdo con la información suministrada por el individuo, creo que el/ella es miembro(a) de uno de los distintos nueve grupos bajo el programa consolidado WOTC.

Firma del Patrono ▶ \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_ Fecha: / / \_\_\_\_\_



**Nota:** Para información sobre "Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice" e instrucciones en Inglés sobre como llenar esta forma, lea: "Instructions for IRS Form 8850, (Rev. June 2007)" y la información en la pagina 2 de la versión en Inglés de esta forma.

**Pedido de Verificación**

Esta compañía participa en varios programas de crédito fiscal nacionales y estatales. La información que usted brinde se usará para determinar la aptitud de elección para estos programas y de ningún modo afectará en forma adversa en decisiones de contratación, retención o promoción. Sus respuestas a las preguntas solo serán compartidas con la administración de su empleador y las agencias gubernamentales nacionales, estatales y locales según sea necesario en la administración de estos programas. Toda la información brindada se utilizará de conformidad con lo establecido por la Ley Estadounidenses con Discapacidad (Americans with Disabilities Act) (ADA)

**Sección 1: Por favor Complete Cuidadosamente en letra imprenta con tinta negra o azul**

Nombre

Cargo \_\_\_\_\_

Apellido

Jornal por hora Inicial \_\_\_\_\_

**Sección 2: Brinde la siguiente información completando los casilleros con su número de seguro social, fecha de nacimiento, código postal y fecha de comienzo de la actividad laboral y completando los círculos correspondientes.**

Número de Seguro Social: -- Fecha de Nacimiento -- Código Postal:  Fecha de comienzo de trabajo

**ATTN PERSONNEL: FOR TRANSLATION/INSTRUCTION PURPOSES ONLY**  
**NOT TO BE COMPLETED BY EMPLOYEE**  
**AVISO: USTED DEBE LLENAR FORMULARIO EN INGELES-ESTA**  
**TRADUCIONES SOLO UAN AYUDA PARA LLENAR DICHO FORMULARIO**

Bajo pena de falso testimonio, declaro que la información que brindé es, a mi leal saber y entender, verídica, correcta y completa. Por el presente autorizo a la administración de esta compañía, y a las agencias gubernamentales nacionales, estatales, Tribales y locales a brindar información a ADP y/o Agencias Estadales de Trabajo (SWA), para que determinen y documenten la aptitud de elección para los programas nacionales y estatales de crédito fiscal

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

¿Es veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? División _____ En caso afirmativo: ¿Tiene derecho a recibir pagos mensuales por alguna discapacidad en relación al servicio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Ha recibido compensación de desempleo por un total combinado de 4 semanas o más en el último año? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Ha recibido compensación de desempleo por un total combinado de 6 meses o más en el último año? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> En caso afirmativo: ¿En qué estado recibió el beneficio? _____	V DV UV	
¿Ha usted, su cónyuge, padres o familiares (mientras vivían en su hogar) recibido Food Stamps en cualquier momento durante los últimos 15 meses? Ciudad / Estado _____ Destinatario Principal _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	FS
¿Ha participado en un <b>programa de rehabilitación vocacional</b> ? Agencia estadual/local: <input type="radio"/> Administración de Veteranos: <input type="radio"/> Billete para trabajar: <input type="radio"/> Nombre del consejero: _____ Ciudad / Estado _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	VR
¿Es miembro de una familia que recibió <b>Welfare</b> (AFDC o TANF) o <b>Ayuda</b> (Cuidado de los niños, vivienda o transporte) en los últimos 24 meses o ya no es apto para el Welfare porque lo ha percibido durante el período máximo de tiempo? Ciudad / Estado _____ Destinatario Principal _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	W
¿Recibió <b>Ingresos de Seguridad Complementarios (SSI)</b> durante los últimos 90 días?	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	SSI
¿Ha sido condenado por un <b>delito grave</b> o liberado de prisión en los últimos 12 meses, o está comenzando en un programa de trabajo para liberados o un centro de transición? <input type="radio"/> Durante los últimos 12 meses ¿ha recibido una resolución adjudicatoria por un delito grave? Fecha de la condena: _____ Fecha de liberación: _____ Interno No.: _____ Ciudad / Estado _____ Funcionario judicial de la probation: _____ Número de teléfono del funcionario judicial de la probation: _____	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	F